

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

311

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN MACHENAUD

Né à Moulins (Allier), le 1^{er} Novembre 1903

De quelques Traitements
Conservateurs des Salpingites
et Péri-Métro-Salpingites

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie} ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1929

DE QUELQUES TRAITEMENTS
CONSERVATEURS des SALPINGITES
ET PERI-METRO-SALPINGITES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN MACHENAUD

Né à Moulins (Allier), le 1^{er} Novembre 1903

De quelques Traitements
Conservateurs des Salpingites
et Péri-Métro-Salpingites

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie} ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1929

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale.....	BALTHA ZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉBILEAU.
Clinique propédeutique	DUVAL.
Clinique de la tuberculose.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	L. BERNARD.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT ... Pathologie médicaux.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.

MM.

HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEVY-SOLAL .. Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET..... Pharmacologie
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LEQUEUX..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.

MM.

RETTERER... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 ZIMMERN..... Physique

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE Clinique chirurgicale.
AUVRAY Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.... Clinique médicale.
LANCEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LE LORIER.... Clinique obstétricale.

MM.

LEREBOULLET.. Clinique médicale infantile.
LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents.

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur BRINDEAU,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Limoges.

A M. le Docteur BOURGUIGNON.

A M. le Docteur DONAY.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

MM. les Professeurs H. CLAUDE

GUILLAIN

TEISSIER

TERRIEN

LEGUEU

SÉBILLEAU

MM. les Docteurs PARMENTIER

HALBRON

AVIRAGNET

LORTAT-JACOB

A Monsieur le Docteur J. BAILLIS,

Interne des Hôpitaux de Paris

AVANT-PROPOS

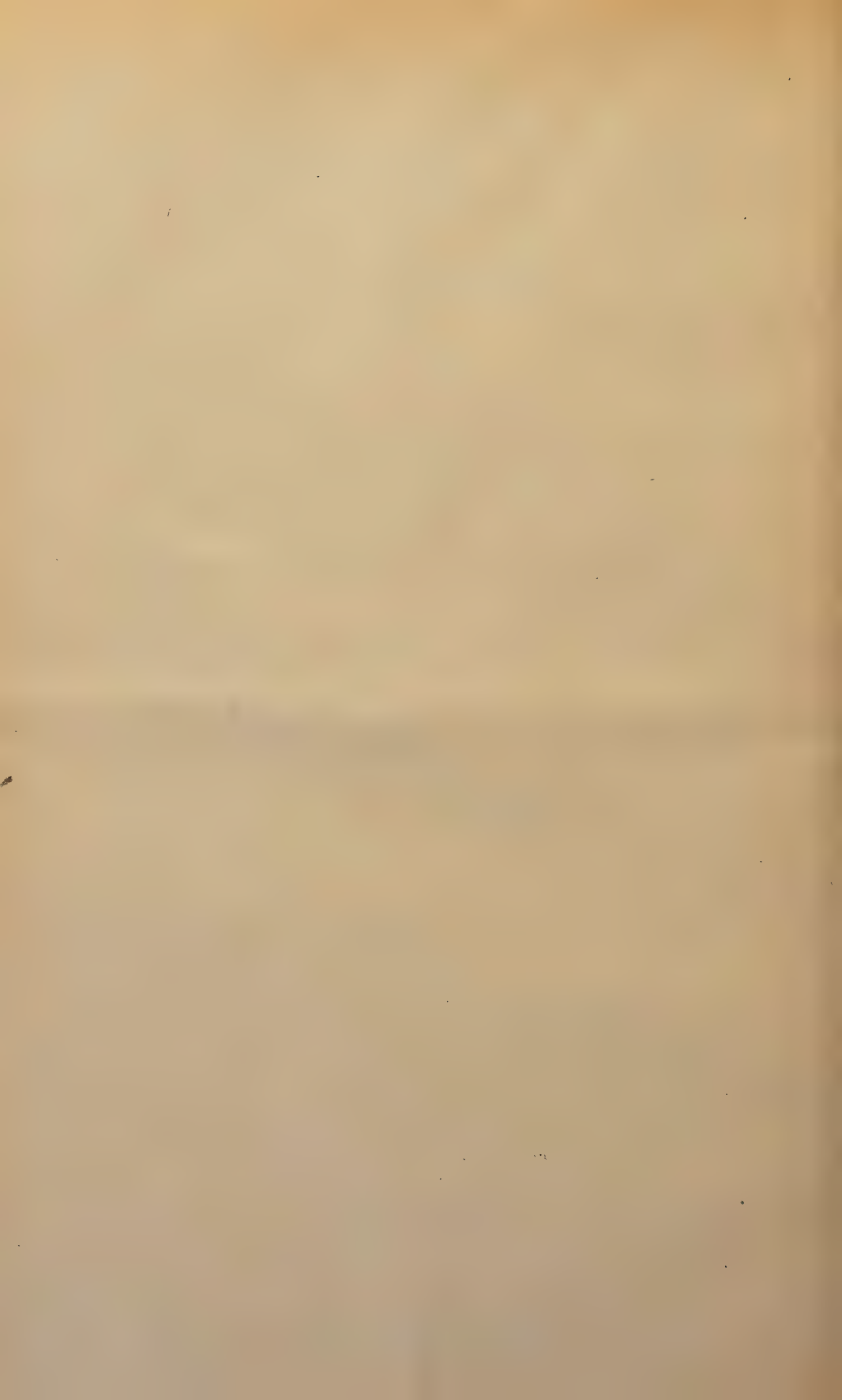
Au cours de nos stages hospitaliers nous avons pu apprécier les heureux résultats obtenus par la vaccination. Notre ami, le Dr J. Baillis, Interne des Hôpitaux de Paris, nous a conseillé d'étudier plus particulièrement les effets des Vaccins et des divers traitements conservateurs en gynécologie.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter, dans ce travail, des choses inédites ; nous voulons simplement jeter un coup d'œil d'ensemble sur le traitement conservateur des métro-salpingites et des péri-méto-salpingites.

Nous indiquerons d'abord dans un premier Chapitre les inconvénients du traitement chirurgical et nous montrerons que tout doit être mis en œuvre pour conserver à la femme ses fonctions génitales. Nous ferons l'historique du traitement des Salpingites et nous donnerons ensuite le traitement par la *Vaccinothérapie* dans ses différentes modalités. Nous dirons un mot du *traitement conservateur chirurgical* : *Colpotomie* et *Hystérectomie partielle*.

Nous ajouterons quelques cas particuliers : les métrites d'origine intestinale et l'emploi du Vaccin dans la prévention de l'infection puerpérale.

Nous terminerons par des Observations et nous concluons.



INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Le traitement chirurgical des Salpingites est un traitement mutilant, soit que l'on recoure à l'Hystérectomie abdominale (après refroidissement), soit à l'Hystérectomie vaginale (cas aigus, suppuration pelvienne) (Thèse de Paris, 1929. J. Baillis : Les Suppurations Pelviennes et leur Traitement par l'Hystérectomie Vaginale).

Mais quel que soit le mode de traitement employé, ce traitement présente, par rapport au traitement conservateur, de nombreux inconvénients.

1) **Danger vital.** — Surtout par voie haute. En dehors des dangers que fait courir à la malade toute opération importante, on peut craindre, si la malade a été opérée avant refroidissement complet, l'infection du péritoine. Or, la virulence peut être parfois difficile à apprécier ; du reste, la notion de refroidissement est une notion relativement récente puisque, d'après M. Arron, elle n'est courante que depuis 1900 environ.

2) **Stérité.** — Il est inutile de s'étendre longuement pour montrer combien il est regrettable que des femmes jeunes aient perdu à jamais le droit d'avoir des enfants, à une époque où la repopulation est si nécessaire.

3) **Ménopause anticipée.** — Sans compter les troubles ovariens qui vont se produire, il ne faut pas oublier que la plupart de ces castrées précoces vont devenir des névropathes, ce qui peut produire de graves perturbations dans le milieu familial où elles évoluent.

On observe en général chez ces malades de l'apathie, de l'irritabilité, un affaiblissement de la mémoire, en même temps que des maux de tête et des bouffées de chaleur. Tous ces symptômes impressionnent beaucoup les malades. Les réactions sont d'autant plus fortes que la femme est plus jeune et plus éloignée de la ménopause normale.

Tout, donc, doit être mis en œuvre pour conserver à la femme ses fonctions génitales, c'est-à-dire ses fonctions de reproduction et ses glandes à sécrétions internes.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous voulons dire quelques mots des Salpingites et des Péri-Salpingites au point de vue historique.

C'est Portal qui, en 1804, donna une description précise des salpingites dans son Anatomie médicale ; plus tard on discutera des suppurations péri-utérines. Nonat et Valleix soutiennent que le tissu cellulaire péri-utérin est le siège de toutes les suppurations. Bernutz et Goupil, dans leur Mémoire fameux de 1887, prétendent que le péritoine pelvien s'enflamme secondairement aux lésions utéro-annexielles et donne lieu à des masses plus ou moins volumineuses, constituées par des exsudats fibrineux, par des viscères agglomérés ou des collections purulentes enkystées.

Ce n'est qu'en 1891 que M. P. Delbet, dans son travail sur les Suppurations pelviennes, concilie les deux opinions et montre qu'il existe bien des suppurations péritonéales ou pelvi-péritonites et des suppurations du ligament large dont il décrit deux variétés :

- 1) la forme haute ou phlegmon du ligament large proprement dit ;
- 2) la forme basse ou phlegmon de la base du ligament large.

Nous éliminerons de notre étude les affections tuberculeuses où la vaccination est contre-indiquée.

Que faut-il entendre par traitement conservateur ?
Nous entendons avant tout un *traitement qui conserve les fonctions de reproduction et la fonction ovarienne.*

Ce traitement peut être réalisé de deux façons :

- 1) **D'une façon non sanglante** par le traitement classique : repos au lit, glace sur le ventre, désinfection vaginale et utérine, injections d'eau chaude à 50° sous forme d'irrigations vaginales et rectales.

Par des méthodes plus récentes, notamment la Diathermie et la Vaccinothérapie, qui nous retiendra particulièrement.

- 2) **D'une façon sanglante**, qui comprend la Colpotomie et l'Hystérectomie partielle typique (J. Baillis).

Historique de la Vaccinothérapie

Le principe de la Vaccinothérapie avait été mis en lumière par Pasteur. Les premiers vaccins étaient cons-

titués par des vaccins vivants et atténués, mais ils étaient trop dangereux.

On en vient à préparer des cultures tuées par la chaleur. C'est la période des grands travaux de Widal et Chantemesse en 1888, ceux de Kitasoto et de Wassermann en 1892.

C'est surtout à la suite des travaux de Wright qu'un grand pas fut fait. C'est lui qui, l'un des premiers eut l'idée, en 1906, d'employer un vaccin antigono, dans le traitement des affections pelviennes.

Après Wright, Schmitt et Renaud composent des vaccins de nature variée, mais c'est surtout Nicole, en 1913, qui fit passer l'usage des vaccins dans la pratique courante.

Ces vaccins étaient préparés de façon très variable : cultures en bouillon tuées à 60°, cultures sur gélose, puis on ajouta des substances antiseptiques : lysol, acide phéniqué, pour permettre une conservation prolongée.

Mais où les auteurs ne sont pas d'accord, c'est sur le point de savoir s'il faut utiliser, pour la préparation des vaccins des germes pris sur l'individu lui-même, ou si l'on peut utiliser des cultures quelconques.

D'autre part, les stock-vaccins furent d'abord monovalents ; Brucke, en 1906, emploie un vaccin ne contenant qu'une seule espèce de gonocoques.

Puis on prépara des stock-vaccins polyvalents, c'est-à-dire contenant plusieurs souches d'une même espèce microbienne.

Enfin, on employa des polyvalvaccins. Les salpingites,

en effet, sont des affections reconnaissant presque toujours des germes multiples.

M. le Professeur Delbet s'est attaché à préparer un vaccin contenant un ensemble de germes pyogènes, ceux que l'on rencontre le plus souvent dans les infections d'ordre chirurgical.

Traitement des Salpingites et des Peri-Salpingites

A) La question du traitement des Salpingites par les vaccins et les sérums a été très discutée. De nombreuses publications ont été faites à ce sujet.

Nous ne ferons que citer la *sérothérapie* anti-streptococcique et antigonococcique. Actuellement, aucun résultat appréciable ne semble suivre son emploi.

La question de la *Vaccinothérapie* a retenu beaucoup plus les expérimentateurs. Quels sont les vaccins dont nous pouvons disposer ?

1) Les **Stock Vaccins**.

a) Le type en est le vaccin du Professeur Delbet au propidon. Ce vaccin contient du strepto, staphylocoque, et du pyocyanique poussés sur bouillon de culture et atténués ensuite. Ces cultures sont mélangées à parties égales et chauffées à 62°, puis réparties en ampoules et chauffées une deuxième fois à 62°. Ce vaccin contient par dose de 4 cm³ 1 milliard 750 de strepto, 3 milliards 300 de staphylo et 8 millions de pyocanique. On en fait, tous les trois jours, une injection de 4 cm³ dans les masses musculaires de la partie antéro-externe de la cuisse ; elle doit être répartie, d'après le conseil du Professeur Delbet lui-même, en deux endroits différents.

b) Le Tétra Vaccin antipyogène Pasteur est préparé avec des souches des principaux microbes pyogènes aérobies, ceux que l'on rencontre avec la plus grande fréquence, c'est-à-dire le staphylo, strepto, pyocyanique et cutis commune. Chaque centimètre cube de vaccin contient 3 milliards de staphylo, 3 milliards de strepto, un million 500 de pyocyaniques et 500 millions de cutis communes.

Il est préparé à l'aide de cultures prélevées sur des cultures jeunes sur gélose, mis en suspension dans l'eau physiologique et tué par la chaleur. Les injections doivent être pratiquées dans la région antéro-externe de la cuisse, en plein tissu cellulaire sous-cutané, on injecte en 1/2, 1 et 2 cm³ à deux jours d'intervalle.

c) Un autre vaccin polyvalent est celui de Voron (de Lyon). Il contient du gonocoque, du colibacille, de l'entérocoque, du staphylo et du strepto. On pratique tous les deux jours des injections de 1, 1 1/2, 2 cm³.

d) Le vaccin de M. Joubert (gonagone) est constitué par une émulsion de gonocoques tués par l'iode. A deux parties de cette émulsion microbienne, on ajoute une partie d'anatoxines gonococciques, provenant de souches antigéniques multiples. Il comprend, en outre, une émulsion microbienne plurivalente composée de staphylo, de synocoques, d'entérocoques, et de bacille pseudo-diphthérique. On fait des injections sous-cutanées ou intra-musculaires si les réactions locales étaient trop fortes. On pratique une injection tous les trois jours en commençant à 1/4 de cm³ et en augmentant chaque fois de 1/4 de cm³. — On fait de 6 à 10 injections.

Il existe bien d'autres vaccins dont la composition varie suivant les microbes contenus, le liquide dans lequel ils sont émulsionnés, et la méthode employée pour atténuer leur virulence.

2) Les **Auto-Vaccins**.

Ils ont l'inconvénient de nécessiter quelques jours pour leur préparation, alors que les stock-vaccins peuvent être employés de suite, mais ils semblent avoir une action plus immédiatement spécifique.

Pour les salpingites streptococciques post-abortives, voici comment procède Voron : Il isole des lochies le streptocoque. On désinfecte le vagin, puis une demi-heure après on recueille quelques gouttes de pus qui s'écoulent du col.

On ensemente sur gélose au sang (gélose 19 — sang 1); on isole le streptocoque, on le fait passer sur le bouillon. On recueille la culture par centrifugation et on l'atténue par chauffage à 60 pendant une heure. On titre l'émulsion à 500 millions par c.c.

On pratiquera des injections d'auto-vaccins tous les deux jours à raison de 1 à 2 cm³.

Quels sont les résultats obtenus ?

1) Le stock vaccin provoque quelquefois une violente réaction.

En général, réaction fébrile, nausées, vomissements ; au niveau de l'injection, rougeur diffuse et douleur. Les réactions sont plus vives avec le propidon.

On obtient la diminution et même la disparition de la douleur pelvienne. Nous avons maintes fois constaté ce résultat avec des malades traités par le propidon et le

Tetra vaccin Pasteur. Nous avons observé une chute très-rapide de la température.

On constate aussi une amélioration des lésions constatées au toucher.

L'auto-vaccin donne peu de réaction générale. Mais son action apparaît comme moins sensible, surtout à la période d'état. Par contre, lors de la défervescence, il semble augmenter les anti-corps de l'organisme. Il juggle les dernières poussées fébriles. Il limiterait donc la durée de la crise salpingienne.

Traitement des Metro-Salpingites

Les metro-salpingites sont justifiables du traitement banal par la vaccinothérapie qui pourra être employée comme nous venons de le décrire, ou mieux à l'aide de diverses techniques que nous allons énumérer.

Signalons d'abord la technique de Basset et Poincloux qui s'adresse plus particulièrement aux métrites, ainsi que la méthode de Beckers et la méthode de J. Louvel, qui s'adresse à la fois aux métrites et aux affections annexielles et péri-annexielles légères.

1) Méthode de Beckers.

Quelques notions bactériologiques. La flore microbienne varie au niveau des lésions : Gono, strepto, colibacille, bacille pseudo-diptérique, etc., du fait de leur association ces germes se modifient plus ou moins et Beckers (Conf. des journées médicales de Bruxelles 27 juin 1927, Clinique du Parc Léopold) estime que le rôle le plus important est dévolu au colibacille ; pour lui le gono intervient à titre d'agent provocateur, mais disparaît vite. Le staphylo paraît assez réfractaire à la vaccination ; par contre, le staphyloc. et le coli seraient sensibles. De la flore génitale, il est donc facile de faire disparaître ces deux derniers germes et l'on peut espérer que le gono s'éliminera secondairement assez vite.

Le Docteur Beckers s'inspire des méthodes de vacci-

nation locale de Bessredka ; il emploie des stock vaccins préparés avec des races multiples, de préférence aux auto-vaccins qui sont rarement assez complets. Les vaccins qu'il retire sont donc polymicrobiens et polyvalents; ils sont chauffés et présentés suivant la méthode de Goldenberg ; ils contiennent à la fois des microbes agglutinés et des microbes en dissolution.

Dans la métrite, Beckers applique sur le col un pansement vaccinant, composé soit d'une compresse de bouillon vaccin, soit, et de préférence, d'un ovule à filtrat immunisant. Le traitement commencera 3 ou 4 jours après les règles, tous les 2 jours.

A cette vaccination on peut adjoindre la vaccination générale, mais elle n'est pas indispensable pour le traitement des métrites. Lorsqu'il existe une large ulcération du col, l'auteur pratique une injection vaccinnante dans le tissu muqueux, à proximité de la surface ulcérée. Mais il convient que la technique est malaisée, surtout dans les vagins profonds ou il est difficile d'inoculer une goutte ou deux avec une longue aiguille à travers le speculum.

Concurremment aux applications vaccinales, il prescrit deux injections vaginales à 48°, à prendre position couchée. Les résultats sont très satisfaisants. Après 2 ou 3 ovules vaccins, douleurs et congestions disparaissent, les sécrétions se fluidifient et changent de couleur jusqu'à disparition complète. Les ulcérations du col évoluent à la cicatrisation. Pour guérir, les métrites aiguës mettent 8 à 10 jours, les chroniques, de 15 à 20.

Le traitement des salpingites doit comporter au contraire une vaccination générale en regard de la vaccina-

tion locale ; celle-ci vient d'être décrite, l'autre se fait par injection intra-dermique ; le vaccin employé contient : staphylo, gono, strepto, des coli, des entéro, des diphtéri-morphes, la moitié à l'état de solution sodique, l'autre moitié en suspension. L'auteur fait injection au bas-ventre, une goutte le 1^{er} jour, deux gouttes le 2^e et ainsi de suite à un maximum de six gouttes qu'il injecte en six endroits différents pour réaliser *la vaccination* en nappe suivant le procédé de Besredka. Les séances ont lieu tous les deux jours. Résultat au bout d'une dizaine de séances, excellent, les organes reprennent leur volume normal, les douleurs disparaissent, les règles reprennent leur rythme.

A la suite des injections, on peut observer une réaction générale insignifiante. Ce traitement est facile, nullement douloureux ou dangereux ; les résultats qu'il donne sont des plus encourageants.

2) **Technique de Basset et Poincloux.** — Le Professeur Agrégé Basset et le docteur Poincloux ont décrit (Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie, 11 mai 1927) une nouvelle méthode de traitement.

L'idée qui a servi de base à leurs recherches est celle que Besredka a mise en lumière. A côté de l'immunisation active générale qu'on peut obtenir contre certaines infections en introduisant des germes pathogènes atténués, il y a une autre immunité, locale, celle-là, tissulaire, indépendante de la précédente, pouvant exister sans elle, et qui naît seulement pour s'étendre de proche en proche lorsque quelques cellules d'un tissu sont entrées en lutte personnelle avec les microbes.

On emploie le plus souvent les bouillons de cultures,

débarrassés des germes mêmes et contenant des substances vaccinales solubles, élaborées par les microbes eux-mêmes.

Dans les métrites le tissu infecté étant un tissu glandulaire, c'est dans les glandes mêmes et leurs ramifications que s'abritent les microbes. C'est pourquoi les agents thérapeutiques qui n'agissent qu'en surface sont impuissants à les guérir. Il faut donc porter jusque dans l'intimité du tissu les substances immunisantes.

Les auteurs emploient des auto-vaccins, mais on peut leur substituer un stock vaccin polyvalent contenant du gonocoque si on n'a pas sous la main un laboratoire outillé.

On injecte 3 cc. de vaccin avec une aiguille fine et coudée et on répartit la dose du vaccin en 8 à 12 points de la muqueuse.

On fait 4 ou 6 piqûres en pleine ulcération du col, et 4 à 6 piqûres dans la cavité du col. Quand on pousse l'injection et que l'aiguille est bien placée, on a une sensation de résistance moyenne.

Si on éprouve une trop grande résistance, c'est que l'aiguille a penché dans le tissu dense du col ; si, au contraire, on n'éprouve pas de résistance, c'est que la pointe est dans la cavité du col ou dans un kyste glandulaire.

Ces injections ne sont nullement douloureuses ; elles ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin.

Cette méthode donne des résultats satisfaisants, surtout dans les métrites cervicales où il est possible de les guérir en 8 ou 10 séances.

Tout dernièrement M. Poincloux a modifié sa techni-

que (Méthode nouvelle d'immunisation curative, vaccination générale par la porte d'entrée. Bul. de l'Ac. de Méd. Séance du 23 avril 1929).

La méthode consiste à injecter quelques gouttes de vaccin microbien spécifique au niveau de la porte d'entrée. Ainsi dans les métrites et salpingites à gonocoques, M. Poincloux pense d'après ses observations cliniques que la porte d'entrée se trouve dans les glandes périurethrales de Skève ou dans les glandes de Bartholin.

De chaque côté de l'orifice vulvaire se trouve l'orifice des glandes de Bartholin. Chez les femmes atteintes de métro-salpingites, ces orifices sont au milieu d'une muqueuse rouge, enflammée, même si les glandes ne sont pas cliniquement infectées.

Sous l'orifice de l'urèthre on aperçoit deux petites saillies de la grosseur d'un grain de mil, de part et d'autre de la ligne médiane : ce sont les glandes de Skène qui, chez les femmes infectées, apparaissent comme un repli de muqueuse épaissi et rouge.

Le col est gros, rouge, exulcéré.

L'examen guide sur le point où le vaccin doit être injecté. Si les glandes de Skève ou de Bartholin sont infectées, on y injectera le vaccin ; si elles ne sont pas visiblement malades on injectera le vaccin dans le col.

1) *Injection du vaccin dans les glandes de Skève.* — On nettoie et on aseptise la muqueuse à l'éther. Si l'infection est reconnue à gonocoque, on emploie le vaccin à gono ; si l'infection est polymicrobienne, on emploie un vaccin polymicrobien.

On se sert d'une seringue en verre de 2 cc. et d'une ai-

guille très fine de 1/2 cm. de long. On injecte dans chaque glande de Skève un demi quart de cm³. Il faut avoir bien soin d'injecter dans la glande.

Les deux piqûres ne sont pas très douloureuses. Quand on retire l'aiguille il se produit un petit suintement sanguin insignifiant.

2) *Injection du vaccin dans les glandes de Bartholin.*

La technique est la même. On nettoie à l'éther. On emploie la même seringue courte.

3) *Injection du vaccin dans le col utérin.*

On nettoie le col à l'éther. On se sert de la même seringue à laquelle on aura interposé une prolonge. Le vaccin choisi, on remplit la seringue avec 1/4 de cm³.

On enfonce l'aiguille dans la lèvre antérieure du col et on injecte un demi quart de cc.; puis on injecte le reste dans la lèvre postérieure du col. On est dans le bon tissu quand on a la sensation de résistance que donne une injection d'huile camphrée. Si l'injection est trop facile, c'est que l'on est dans une glande et le vaccin ne tarde pas à ressortir. Il faut recommencer l'injection.

Si le vaccin choisi est bien spécifique de l'infection et s'il est bien injecté au niveau de la porte d'entrée, il se produit, deux ou trois heures après l'injection, des frissons, de la fièvre avec nausées et vomissements. Cet état dure 24 heures et disparaît, et l'on remarque les jours suivants une grosse amélioration locale.

Si le vaccin n'est pas spécifique ou si le lieu de l'injection n'est pas bien choisi, la réaction thermique et l'amélioration locale sont nulles.

3) **Méthode de J. Louvel ou Pelvi-Vaccination.** — (Bul-

letin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (12 décembre 1927).

La Pelvi-vaccination, qui consiste à injecter du vaccin **en plein parenchyme utérin**, emprunte « les voies de diffusibilité à partir de l'utérus. Ces voies sont avant tout des voies veineuses et lymphatiques qui forment deux réseaux utéro-annexiels, symétriques, « injecter un vaccin à l'origine de ce réseau, centré par l'utérus, c'est l'épan-**dre** dans l'appareil génital tout entier » (J. Louvel).

L'injection intra pariéto-cervicale faite en plein muscle utérin avec une extrême lenteur peut imprégner secondairement le réseau lymphatique sous-muqueux et créer une immunité muqueuse plus étendue. Mais alors, pour obtenir ces résultats, l'auteur de la méthode conseille d'injecter le vaccin avec une extrême lenteur.

La pelvi-vaccination consiste donc dans « l'injection bilatérale et symétrique de vaccin ou de protéine active en tissu utérin ». Cette injection se fait dans la paroi même du col à une profondeur d'au moins 1 cm. et de 4 au plus, la pointe de l'aiguille pénétrant en pleine musculature utérine.

Pour réaliser cette injection la femme sera mise en position gynécologique. Après la mise en place du spéculum on attire l'utérus au moyen d'une pince de Museux, on désinfecte la muqueuse avec un antiseptique. On se sert, pour faire l'injection, d'une seringue à instillation terminée par une aiguille très fine montée à l'extrémité d'un long porte-aiguille.

L'injection terminée, on attend une demi-minute pour éviter le reflux du liquide. On retire l'aiguille et symé-

triquement, dans l'épaisseur de la paroi cervicale du côté opposé, on procède à une injection identique.

La quantité de vaccin employée varie avec la nature du vaccin et avec le vaccin ; « tout bon vaccin, dit J. Louvel, peut être employé dans la pelvi-vaccination, pourvu que l'on ait pris soin d'étudier au préalable les réactions vaccinales de la maladie à traiter ».

L'injection terminée, la malade accuse une sensation de chaleur réactionnelle apparaissant au bout d'une demi-heure. Cette sensation s'étend au flanc et à toute la zone ombilicale. Secondairement, le choc communément observé après toute vaccination apparaît : il dure peu, mais la réaction pelvienne met, au contraire, six à sept heures pour disparaître.

La sédation des phénomènes douloureux se fait rapidement ; les empâtements pelviens subaigus et trainants sont heureusement influencés par cette vaccination régionale.

Les résultats semblent supérieurs à ceux que donne la vaccination générale.

J. Louvel n'emploie pas que les vaccins, il conseille également l'injection de *nucleinate de soude*. A ce propos nous croyons intéressant de signaler que MM. Sezary et Duruy obtiennent, dans le traitement des diverses suppurations, d'excellents résultats par l'injection d'une *solution de peptone* dans la poche de l'abcès (Duruy, Thèse de Paris, 1929). Il ne semble donc pas indispensable de recourir aux protéines microbiennes.

Il est permis de penser que la *méthode de MM. Sezary et Duruy* pourra trouver son application en gynécologie.

Traitement des Peri-Salpingites

Les périméthro-salpingites sont justiciables au même titre que les salpingites de la vaccinothérapie, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par certaines de nos observations. Mais il ne faut compter sur leur régression que si le degré de leur évolution n'est pas trop marqué.

Si elles ont trop évolué, ou si l'on intervient trop tard, le traitement sanglant pourra souvent s'imposer.

Nous entendons par là : la *Colpotomie* et l'*Hystérectomie partielle*, qui sont toutes deux des opérations conservatrices.

1) La collection bombe dans le Douglas : la Colpotomie est une opération facile et pratiquement exempte de tout accident possible.

La femme est mise en position gynécologique, la vulve rasée, savonnée, la vessie vidée, par sondage au besoin. Une légère couche de teinture d'iode dédoublée est étendue sur les surfaces cutanées environnantes.

On peut aussi nettoyer le vagin à l'éther.

On amarre la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux, on attire le col en avant ce pendant qu'une valve vaginale courte déprime la fourchette. On expose ainsi le cul-de-sac postérieur qui est le plus souvent déplié par la saillie de la poche purulente qui est derrière.

On incise le vagin suivant la ligne perpendiculaire à l'axe du col sur 2 cm. environ. On se munit d'un clamp courbe résistant, introduisant le bec de l'instrument dans l'incision vaginale ; on l'enfonce de façon que la pointe suive de très près la face postérieure de l'utérus : immédiatement le pus jaillit.

L'on retirera alors l'instrument en écartant modérément les deux branches de façon à agrandir la longueur du trajet.

Il ne reste plus qu'à mettre un drain à l'aide d'un tube de caoutchouc en T. On peut même se dispenser du drainage en surveillant attentivement l'orifice de la colpotomie.

Cette opération permet d'attendre, c'est-à-dire permet aux lésions de se localiser. Elle permet d'évacuer le pus et aux lésions de se cicatriser lentement, temps que nous mettrons à profit pour instituer la vaccinothérapie.

2) **La collection bombe latéralement** : Il s'agit d'un phlegmon du ligament large. Dans les formes moyennes le *phlegmon du ligament large* est très heureusement influencé par les vaccins, il n'en est pas toujours de même dans les formes graves où l'on ne peut guère compter sur sa régression. Si l'on voit la femme menacée d'un état septicémique, il sera bon d'intervenir.

a) *Phlegmon vrai du ligament large*. La collection est haute et perçue au-dessus de l'arcade crurale. On évacuera le pus par incision en empruntant la voie parapéritonéale.

b) *Si la collection est basse, on a un phlegmon de la base* du ligament large. J. Baillis a proposé une hystérec-

tomie partielle typique par résection du col, qui permet d'accéder sur la base du ligament large et d'évacuer ces collections.

En effet, au point de vue anatomique, la base du ligament large est limitée en dehors et en bas par le releveur, en avant par la réflexion du feuillet antérieur, en arrière par le feuillet postérieur, en haut par un feuillet fibreux et en dehors par le col même de l'utérus.

Au point de vue technique, J. Baillis conseille, après avoir fait mettre la femme dans la position gynécologique, de pratiquer une désinsertion du vagin, de décoller la vessie en avant, le col ainsi libéré est attiré au moyen d'une pince de Museux ; on pourra voir les utérines et en pratiquer la ligature au niveau de leur coude.

On réséquera le col au-dessous d'elle, sur la tranche cruentée, on mettra quelques points de catgut pour empêcher de saigner ; du doigt on effondrera la paroi externe de base du ligament large qui est ainsi rendu accessible.

Le pus s'écoulera et on pourra mettre mèche et drain.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — O... Jeanne, 20 ans, ouvrière d'usine : Cellulite pelvienne à la suite d'un accouchement à terme le 13 janvier 1925, fait une infection puerpérale avec température à 39° qui nécessite son entrée à l'hôpital le 29 janvier.

A l'examen : Réaction péritonéale marquée et l'examen local fait constater une cellulite pelvienne gauche avec annexite droite. La malade présente de fortes douleurs abdominales et un mauvais état général. La température oscille entre 38° et 39°.

4, 5, 7, 9, 11 février, on fait des injections de vaccin doses croissantes 1/2, 1, 2 et 2 cm³.

Le 12 février, en même temps que les douleurs ont complètement disparu, la température tombe à 37° et s'y maintient.

L'examen génital pratiqué le 4 mars fait constater un col court, ferme, déchiré à gauche. Le cul-de-sac droit est souple et complètement indolore ; à gauche, le cul-de-sac est encore empâté, mais non douloureux. Les fosses iliaques sont complètement souples.

Le 6 mars, la malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite où l'examen fait constater une tuméfaction grosse comme une orange, mais ne semblant pas en rapport avec l'annexe. La température reste normale et, au bout de deux jours, les douleurs disparaissent.

La malade reste cependant à l'hôpital et ne sort que le 6 avril.

Pendant toute cette période la température est restée normale et l'examen local n'a montré qu'un léger empâtement indolore du cul-de-sac gauche.

N'a pas été revue.

OBSERVATION II. — Mlle P... Aveline 24 ans, infection post-abortive avec réactions annexielles.

La malade, qui présentait un retard de 2 mois, est prise le 29 janvier de douleurs abdominales violentes accompagnées de métrorragies, sans caillots et la température monte à 39°. Le 30 janvier, elle a 40° et elle entre à l'hôpital le 1^{er} février.

Il s'agit d'une malade pâle, qui présente des douleurs abdominales peu marquées, mais qui, par contre, présente des pertes rouges abondantes ; température 40° S.

Le toucher permettait de constater que la fausse-couche n'est pas encore faite ; on vide l'utérus immédiatement sous anesthésie. Le lendemain la température retombe à la normale, la malade ne perd plus.

Mais, le 3 février, la température remonte, la malade accuse des douleurs intenses dans le bas-ventre et bi-latérales. Les 4 et 5 février la température monte à 40° et on constate que les culs-de-sac droit et gauche sont empâtés et douloureux.

On fait, les 6, 8 et 10, une injection de vaccin Pasteur aux doses injectées de 1/2, 1 et 2 cm³. Dès la première injection, la malade accuse une amélioration très nette ; les douleurs sont beaucoup atténuées et, après la 2^e injection, elle ne souffre plus ; à la 3^e injection, la température est redevenue normale.

Cependant, le 15, la malade recommence une petite poussée fébrile à 38°3 et on fait encore une injection de 2 cm³ de vaccin à la suite de laquelle la température retombe à 37°.

La malade sort le 26 février ne présentant plus aucun trouble. N'ayant pu revenir à la consultation, la malade nous écrivait de Génennes qu'elle pouvait aller et venir comme autrefois. Depuis deux mois elle ne ressent plus rien et ses règles sont normales.

OBSERVATION III. — M... C..., 26 ans, annexite droite.

Vient à la consultation, le 12 janvier 1926, pour douleurs du bas-ventre, surtout marquées du côté droit ; elle a en outre des pertes blanches abondantes.

Le toucher fait constater une petite annéxite droite. La mobilisation utérine est douloureuse. En outre, on constate un point douloureux coecal.

Le jour même, on fait une première injection de 2 cm³ de vaccin antipyogène.

Le 14, injection de 4 cm³ que la malade supporte bien.

Le 16, injection de 6 cm³, qui donne une petite réaction caractérisée par des bouffées de chaleur dans l'après-midi, mais pas de réaction locale.

Le 19, 6 cm³. La malade accuse une grande amélioration. Elle revient un mois après à la consultation et on peut constater une amélioration de l'annéxite qui ne donne plus lieu à aucune douleur.

La mobilisation utérine n'est plus douloureuse et la malade n'a presque plus de pertes.

OBSERVATION IV. — Mme B., 26 ans. Métrite endo-utérine, annéxite bilatérale.

La malade vient consulter, le 19 janvier 1926, pour pertes jaunâtres, très abondantes, accompagnées de douleurs abdominales bilatérales assez marquées.

L'examen fait constater un utérus rétroversé et fixé ; les essais de mobilisation sont très douloureux, les culs-de-sac droit et gauche empâtés et douloureux.

On fait une première injection de sérum d'antipyogène.

Le 21 janvier, 2^e injection de 4 cm³ assez bien tolérée.

Le 23 janvier, 3^e injection de 6 cm³.

Le 26 janvier, 4^e injection de 8 cm³.

La malade revient le 16 mars. A ce moment, elle ne présente aucun trouble fonctionnel, aucune douleur. La métrite persiste, mais, au point de vue annéxiel, le résultat est excellent. Le toucher montre un utérus mobile, non douloureux. Les culs-de-sac sont libres et souples, indolores. La métrite est soignée par le

néofellon. La malade revient le 22 avril 1926 ; elle est en état de parfaite santé. Rien à l'examen physique. Aucune douleur. Règles normales.

OBSERVATION V. — Mme D..., 25 ans. Annexite bilatérale post-partum.

La malade vient consulter pour des douleurs abdominales qui ont débuté en avril 1925. Elle présente depuis deux ans et demi des pertes blanches et des métrorragies survenues à la suite de l'accouchement à huit mois d'une petite fille.

Elle a été traitée à cette époque par des injections sous-cutanées d'Immunizal Grémy et elle aurait constaté à leur suite une amélioration.

Mais elle vient à la consultation le 12 décembre 1925 parce qu'elle souffre à nouveau ; à l'examen pratiqué ce jour-là on constate un utérus légèrement rétroversé dont la mobilisation est douloureuse et gênée, à droite, par un placard un peu rigide. On ne constate pas de masse nette de ce côté. A gauche le cul-de-sac est à peu près souple mais douloureux. On lui fait ce jour-là une première injection de vaccin de l'Institut Pasteur de 2 cm³, puis, de 2 jours en 2 jours, trois nouvelles injections aux doses suivantes de 4, 6, 8 cm³.

La malade est revue un mois et demi après, le 30 janvier 1926, et, à cette époque, on peut constater un excellent résultat tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue des signes physiques. Le culs-de-sac sont souples, non douloureux. L'utérus est devenu complètement mobile et non douloureux. Toutefois, la malade éprouve encore quelques légères douleurs quand elle est fatiguée.

La malade, revenue sur notre demande, est examinée de nouveau le 31 avril 1926. Elle n'éprouve plus aucune douleur bien que depuis le mois de février elle ait repris son travail normal. Au point de vue local, les culs-de-sac sont parfaitement souples, l'utérus complètement mobile et non douloureux.

OBSERVATION VI. — Mme Les..., Pertes blanches depuis dix mois. Avortement le **21 octobre**. Le 29, on constate un gros empâtement annexiel bilatéral très douloureux, avec utérus fixé et contracture pariétale. Température 39°. On fait 7 cgr. de nucléinate intra-pariétéo-cervical ; impression d'hyperthermie sous-ombilicale, shock banal ; frissons, fièvre, sueurs.

Le 30, grosse diminution de la douleur. On renouvelle l'injection de nucléinate et le **surlendemain** on fait 3/4 de cm³ de propidon par la même voie.

Le **1^{er} novembre**, toute douleur a disparu : il persiste cependant à travers les culs-de-sac de grosses masses assez dures péri-utérines qui se précisent mieux après la fonte de l'empâtement aigu.

Le **4 novembre**, nouvelle injection de nucléinate, 5 cgr. Les masses regressent progressivement. La mobilisation utérine devient à nouveau normale. C'est apparemment guérie que la malade sort le 7 novembre.

OBSERVATION VII. — Mme Bou..., 28 ans. Malade présentant depuis quelques années des pertes glaireuses assez abondantes, sans phénomènes douloureux. A la suite d'un avortement, le **10 octobre 1927**, légère réaction annexielle double pour laquelle elle consulte le **24 novembre**. Malgré l'infection des trompes, le curettage est imposé par la persistance des hémorragies qui signent une rétention de débris placentaires. Secondairement, on note une acuité plus vive de la douleur qui s'étend à toute la région pelvienne. Température, 39°5.

Le **29 novembre**, 10 cgr. de nucléinate avec une réaction locale et générale assez faible.

Le **30 novembre**, 1 cc. de Delbet avec une réaction locale vive.

Le **4 décembre**, 5 cgr. de nucléinate avec faible réaction locale et générale.

La température se stabilise autour de 37°. Les douleurs annexielles s'atténuent au cours du traitement. A l'examen pra-

tiqué le 8 décembre, persiste à la pression une très légère sensibilité des annexes à droite ; tous les autres points sont indolents.

OBSERVATION VIII. — Mme Tou..., 22 ans. **Antécédents paternels** : phlébite à la suite de fracture de jambe. **Ant. obst.** : deux accouchements normaux.

Entrée le 20 octobre pour fausse-couche de 2 mois. La température tombe à 37°, s'y maintient. Sort de l'hôpital après huit jours d'apyrexie.

Rentre au bout de trois jours pour douleur vive à la jambe gauche, surtout à l'aïne, à la face interne de la cuisse, au mollet. Hydarthrose nette. Léger œdème de la racine de la cuisse gauche, avec ébauche de circulation collatérale. Le mollet est très douloureux à la palpation. Les téguments de la jambe gauche apparaissent plus chauds que du côté droit. Pouls, 110. Température, 37°5.

Injection pariétale de nucléinate de soude. A noter que la mise en place du spéculum est extrêmement douloureuse. Une demi-heure après sensation de « chaleur brûlante » à l'hypogastre gagnant le membre inférieur gauche seul, non le membre inférieur droit. Réaction générale. Le lendemain, la malade ne souffre plus du mollet, la pression elle-même n'est plus douloureuse, l'hydarthrose diminue. On pratique une deuxième injection et la mise en place du spéculum ne cause plus aucune douleur.

Le lendemain de cette seconde injection, disparition de tous les phénomènes objectifs (hydarthrose, œdème, circulation collatérale), toute douleur a complètement disparu. La température tombe à 37°. Le pouls se stabilise à 80.

La prudence nous commande d'immobiliser cette femme que nous gardons une quinzaine de jours. Son pouls reste pendant tout ce temps autour de 80. La température oscille autour de 37°, sans jamais dépasser 37°5.

La femme sort, malgré notre avis, après 15 jours d'apyrexie.

OBSERVATION IX. — Malade souffrant depuis plusieurs années de douleurs pelviennes péri-utérines et ayant des pertes blanches, filantes, abondantes. Accouchement normal en novembre suivi presque aussitôt d'une accentuation des douleurs et surtout d'un point latéro-utérin gauche, très douloureux, avec légère ascension thermique. On fait en 6 jours, d'intervallés réguliers, deux injections intra-pariétéo-cervicale gauche de propidon (1^{er}) et un vaccin antigonococcique (1/2 cc.). Progressivement, et dès la première piqûre, disparition presque complète du syndrome douloureux. Seule subsiste une très légère sensibilité utéro-utérine gauche.

OBSERVATION X. — Malade âgée de 30 ans. Elle se plaignait de souffrir depuis l'âge de 17 ans d'une douleur pelvienne sourde, mais persistante, dont le début coïncidait avec l'apparition de pertes abondantes. Les thérapeutiques classiques (pansements, vaccins, injections chaudes) avaient été employés tour à tour sans résultat.

L'examen pratiqué par plusieurs observateurs révélait une infiltration dense du paramètre gauche douloureux à la pression.

Le **30 octobre**, jour même de l'examen, on fait une injection de 3/4 de cm³ de propidon intra-pariétal-cervical gauche.

Une demi-heure après, sensation de chaleur vive dans l'hémipelvis correspondant à l'injection, puis shock vaccinal passager, mais persistance de l'hyperthermie pelvienne.

Le **31 octobre**, la malade a pu se reposer dans le decubitus latéral gauche, ce qu'elle ne pouvait faire sans augmenter l'acuité de sa douleur pelvienne. L'indolence spontanée est absolue, cependant le paramètre reste encore un peu infiltré et douloureux au toucher. On pratique une deuxième injection semblable à la première. Mêmes réactions locales et générales bien que moins intenses.

Le **1^{er} novembre**, le paramètre est assoupli, rigoureusement indolent même à la pression. La malade sort de l'hôpital le sur-

lendemain, libérée d'une douleur qui ne l'avait pas quittée depuis 13 ans.

Cette femme est venue depuis nous assurer du maintien de sa guérison.

OBSERVATION XI. — Femme âgée de 22 ans, mariée en mai 1927, qui présente depuis cette date des douleurs pelviennes aiguës, ayant fait porter le diagnostic de salpingite bilatérale. Après un traitement de trois semaines, du 14 octobre au 8 novembre 1927, par les thérapeutiques classiques (glace, repos, injections chaudes), on ne constate pas d'amélioration appréciable. Les culs-de-sac restent empâtés, extrêmement douloureux, la mobilisation utérine impossible, les pertes identifiées à « gonocoques » continuent d'être abondantes. L'intervention est proposée à la malade qui refuse et vient se confier à nos soins.

Après trois injections faites successivement les 8, 9, 10 novembre, la première de nucléinate de soude, 10 cgr., la seconde d'un vaccin antigonococcique (1/4 de cc³), la troisième de 3/4 de cc³ du même produit, l'indolence péri-utérine est absolue, les tissus sont redevenus souples, la mobilité utérine est recouvrée.

Sortie du service 8 jours après son entrée, cette femme est revenue le 21 novembre et le 5 décembre dernier nous assurer de sa parfaite santé, de la disparition totale de ses douleurs et de la cessation complète de ses pertes qui étaient abondantes. Ses règles survenues depuis ont évolué normalement sans réveiller la moindre algie, le moindre incident infectieux.

QUELQUES CAS PARTICULIERS

1) METRITES AIGUES D'ORIGINE INTESTINALE

Disons un mot de certaines métrites qui ne sont pas dues au gonocoque, au streptocoque, mais aux microbes de la flore intestinale. Nous voulons parler du coli-bacille et de l'enterocoque, que l'on peut déceler de façon banale dans le mucus du vagin. Ces microbes sont loin d'être toujours saprophytes ; ils ont souvent un caractère pathogène très net.

Si le colibacille seul appartient en propre à la flore intestinale, l'entérocoque peut végéter à l'état de saprophyte, sur les muqueuses, la peau, et il semblerait qu'on puisse le compter parmi les microbes d'origine intestinale en tous points semblable au coli-bacille. »

Feighine (Bactériologie et Vaccinothérapie des Métrites. Thèse, Paris 1924), étudiant les endométrites simples, a découvert sur 100 cas, 8 métrites contenant dans leur flore des germes intestinaux.

On peut se demander comment peut se faire l'inoculation de l'utérus par les germes intestinaux.

D'abord elle peut se produire par contagé ano-vulvaire. Ensuite, il paraît légitime, ainsi que le font Hugel et De-

later, de prolonger jusqu'à l'utérus le syndrome entéro-rénal si bien étudié par M. Heitz-Boyer.

« Venus de l'intestin, les germes intestinaux sont passés par les voies urinaires, suivant un mécanisme fréquent chez la femme, celui du syndrome entéro-rénal. On retrouve en effet : constipation habituelle soumise à des débâcles de fermentation et de putréfaction intestinale, coecum dilaté gargouillant, transverse ptosé, fréquence beaucoup plus grande que chez l'homme de l'infection biliaire et surtout pyélonéphrite. On relève souvent des coliques lombaires non accompagnées de troubles urinaires, mais à l'occasion desquelles l'examen direct et la culture révèlent communément dans l'urine recueillie aseptiquement l'existence des germes des voies digestives : entérocoques, colibacilles. »

La contamination de la cavité vaginale, si facile par la miction, explique la présence de ces germes dans le mucus ; la cause des pertes blanches doit être pour une part trouvée dans cette étiologie. N'est-il pas légitime, dans ces conditions, d'identifier un syndrome entéro-rénal-vaginal ?

Il est encore une autre voie possible d'inoculation de l'utérus par les germes intestinaux. C'est la voie directe sur laquelle L. Schill a eu le mérite d'attirer l'attention. (L. Schill, Paris-Médical, 24 Juillet 1926).

Cette voie directe ne jouerait que dans les métrites parenchymateuses compliquées d'adhérences et non plus dans les métrites simples étudiées par Feighine. Il est évident que la voie directe c'est la voie par les adhérences qui unissent l'intestin aux organes génitaux.

L'étude que nous venons de faire comporte des conclusions thérapeutiques.

1) *Traitement prophylactique.* Nous lutterons contre la constipation et contre la septicité du milieu intestinal. L'emploi du Yoghourt et des ferments lactiques est très recommandable au moment des règles quand l'utérus se trouve prêt pour l'infection, il sera bon de lutter contre la septicité des urines par l'uroformine.

2) *Traitement curatif.* Dans les cas de métrites simples on ajoutera au traitement précédent la vaccination locale sur le col et des pansements en bouillon vaccin.

Le traitement des métriques parenchymateuses consistera à supprimer les adhérences qui peuvent exister entre les organes génitaux et la portion pelvienne de l'intestin. On obtiendra ce résultat par la diathermie et le massage gynécologique. Il faudra lutter contre les germes se trouvant dans la profondeur du parenchyme et des annexes, et ce, par la vaccinothérapie buccale et locale. (Pansements au bouillon vaccin).

2) PREVENTION DE L'INFECTION PUERPERALE PAR LA VACCINOTHERAPIE

Quoique sortant de notre sujet, nous voulons dire un mot de la vaccinothérapie dans la prévention de l'infection puerpérale que nous définirons avec MM. Brindeau et Chomé « toutes les infections des femmes en couches ayant pris naissance au niveau de l'appareil génital lésé par le traumatisme obstétrical (Brindeau et Chomé. La Pratique de l'Art des Accouchements).

On craindra d'autant plus l'infection ultérieure qu'il existera déjà un foyer d'infection, gonococcie, pyélonéphrite, grippe. On la craindra encore lorsqu'existent des causes favorisantes de cette infection, travail long ayant nécessité des touchers multiples, rupture prématurée de la poche des eaux, hémorragie de la délivrance, version, rétention de membranes.

C'est à un stock vaccin polymicrobien correspondant aux proportions suivantes qu'il est bon d'avoir recours :

Staphylo (200 millions), gono (2 millions), strepto, entero, coli (20 millions), baccitects communs (10 millions), eau physiologique, 2 cc. pour une ampoule.

« A la fin du travail, ou au cours de celui-ci, $\frac{1}{2}$ cm³ est injecté.

Cette dose est doublée au bout de 48 heures, puis augmentée d'un demi cm³ de deux en deux jours. La dose de 2 cc. en une fois, n'a jamais été dépassée.

Après l'accouchement, on mettra un sac de glace sur l'hypogastre.

M. Brindeau et Chomé signalent qu'ils ont employé dans quelques cas un vaccin contenant : Strepto-Staphylo-Enterocoque-Coli, et que les résultats leur ont paru satisfaisants.

CONCLUSION

Nous avons vu les inconvénients que présente le traitement chirurgical mutilant, tout donc doit être mis en œuvre pour conserver à la femme toutes ses fonctions génitales. Sans doute il sera des cas où le traitement sanglant s'imposera ; mais souvent aussi nous pourrons employer le traitement conservateur.

En même temps que le traitement classique : repos, injections chaudes, pansements antiseptiques, nous nous servirons de la vaccinothérapie. Le siège de l'infection sera décelé par un examen clinique minutieux ; il serait illusoire en effet de ne traiter que l'étage inférieur lorsque l'étage supérieur est pris : soigner une métrite sans s'occuper d'une salpingite concomitante ne donnerait aucun résultat.

Aux affections superficielles, peu importantes, bien limitées du col, nous opposerons la vaccination locale, méthode inoffensive mais longue.

Aux affections localisées mais plus diffuses nous opposerons la muco-vaccination.

La pelvi-vaccination sera réservée aux affections plus hautes, inaccessibles localement.

Nous emploierons la vaccinothérapie générale pour

renforcer ces vaccinations locales et nous nous en servirons surtout dans les salpingites et les péri-salpingites.

Il est des cas cependant où la vaccinothérapie sera impuissante, nous aurons recours alors au traitement chirurgical conservateur.

Si la collection bombe dans le Douglas c'est à la colpotomie que l'on s'adressera.

Si la collection bombe latéralement on aura recours à l'hystérectomie partielle typique par resection du col.

Vu : le Doyen,

Vu : le Président de la Thèse,

ROGER.

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. FAURE et SIREDEY. — **Gynécologie.**

BRINDEAU et CHOMÉ. — **Pratique de l'art des accouchements.**
Anatomie de Poirier.

SEZARI. — **La Vaccinothérapie.** Journal médical français, Mars 1919.

GARNIER (André). — Thèse Paris, 1926. **Du traitement des infections péri-utérines aiguës et des salpingites par le Téta-vaccin de l'Institut Pasteur.**

MER (Paul). — Thèse, Paris 1926. **De la colpotomie et de la vaccinothérapie dans les salpingites et péri-salpingites suppurées.**

BECKERS. — **Journée médicale de Bruxelles.** Juin 1927.

BASSET et POINCLOUX. — **Vaccination intra-muqueuse dans les métrites du col, du corps et salpingites.** Société de chirurgie, 11 mai 1927.

LEVY-SOLAL et J. LOUVEL. — **Journal de Gynécologie,** déc. 1927.

J. BAILLIS. — Thèse, Paris 1929. **Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale.**

DURUY. — **Thèse,** Paris 1929.

POINCLOUX. — **Méthode nouvelle d'immunisation curative, vaccination générale par la porte d'entrée.** Bul. de l'Académie de Méd., séance du 23 avril 1929.

TABLE DES MATIÈRES

I. Avant-Propos	11
II. Introduction et historique	13
III. Traitement des salpingites et péri-salpingites.. ..	19
IV. Traitement des métro-salpingites	23
1) Méthode de Beckers.. .. .	23
2) Méthode de Basset et Poinchoux.. .. .	25
3) Méthode de J. Louvel ou Pelvi-Vaccination ..	28
V. Traitement des péri-salpingites	31
VI. Observations	35
VII. Quelques cas particuliers	43
1) Métrites d'origines intestinales.. .. .	43
2) Prévention de l'infection puerpérale par la vaccinothérapie	45
VIII. Conclusion... .. .	47

JOUVE & C^{ie}, Imprimeurs-Editeurs, 15, Rue Racine, PARIS. — I. M. L.
